

26 пациентов с парапротеинемической полинейропатией, которым был проведен курс нейрореабилитационного лечения с применением как медикаментозных, так и немедикаментозных технологий, в том числе методов кинезиотерапии и физиотерапии.

Ключевые слова: нейрореабилитация, парапротеинемическая полинейропатия, стабилметрия, парапротеинемические гемобластозы.

SUMMARY

A. A. Yakovlev, M. V. Yakovleva, A. G. Smochilin

Integrated neurorehabilitation with paraprotein-associated peripheral neuropathy

Nowadays, treatment of paraproteinemic polyneuropathy is a fairly complex interdisciplinary process. The main method of therapy is still the use of chemotherapeutic drugs as means of pathogenetic treatment of the underlying disease. However, the use of chemotherapy with neurotoxicity can cause development of toxic polyneuropathy which increases neurological deficit. Any comprehensive neurorehabilitation program for patients with these forms of polyneuropathies have not been developed to date. The article presents data of clinical observations of 26 patients with paraproteinemic polyneuropathy which had undergone a course of neuro-rehabilitation treatment, both medical and non-drug technologies, including the methods of kinesiotherapy and physiotherapy.

Keywords: neurorehabilitation, paraproteinemic polyneuropathy, stabilometry, paraproteinemic hemoblastosis.

© Коллектив авторов, 2016 г.
УДК 616.831-005-036.11(471) + (510)

**С. С. Юй, Е. В. Мельникова,
Чжоу Цзин, А. А. Шмонин,
А. Г. Шумеева, Е. А. Бондарева,
М. А. Карачевцева, В. И. Дорофеев**

ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И КИТАЙСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ (по данным нескольких крупных сосудистых центров)

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Городская больница №26, Санкт-Петербург; Первая клиническая больница медицинского университета Чунцина, КНР

ВВЕДЕНИЕ

Факторы риска развития острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) имеют широкую распространенность, для инсульта характерны высокая степень инвалидизации, частые повторные события, высокая летальность и, к сожалению, низкая осведомленность населения о причинах и проявлениях инсульта. Инсульты являются серьезной угрозой для жизни и здоровья человека, значительно увеличивая социальное и экономическое бремя как для государства, так и для членов семьи пациента [2].

Сердечно-сосудистые и цереброваскулярные заболевания — как правило, результат сочетания нескольких факторов риска. Во время как влияние каждого фактора риска в отдельности варьируется между различными популяциями, суммарное влияние этих факторов риска на удивление значительное [7].

Чтобы добиться снижения распространенности, заболеваемости, летальности, смертности и инвалидизации при ОНМК, необходимо иметь действенные стратегии первичной и вторичной профилактики, эффективную и доступную систему оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, а также систему непрерывной и последовательной реабилитации больных, перенесших инсульт.

Цель исследования — сравнить систему оказания медицинской помощи больным с ОНМК в Российской Федерации (РФ) и Китайской Народной Республике (КНР) на примере работы крупных сосудистых центров.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с марта по июнь 2016 г. был проведен опрос 522 пациентов в региональных сосудистых центрах РФ и КНР. В РФ в исследовании приняли участие пациенты, находящиеся на лечении в СПбГБУЗ «Городская больница № 26», в КНР — пациенты Первой клинической больницы медицинского университета Чунцина, Центральной больницы Цзянцзин, Региональной народной больницы Юйбэй, Региональной народной больницы Бишань (провинция Чунцин).

Опрос проводился на добровольной основе.

Критерии включения:

1) подтвержденный диагноз инсульта, по данным КТ/МРТ головного мозга, в том числе ишемический инсульт (ИИ), геморрагический инсульт (ГИ) и транзиторная ишемическая атака (ТИА);

2) пациенты в стабильном состоянии, готовящиеся к выписке;

3) пациенты в возрасте ≥ 18 лет.

Критерии невключения:

1) нарушение сознания;

2) нахождение в нейрореанимации или палате реанимации и интенсивной терапии (ПРИТ);

- 3) тяжелые инфекционные заболевания в фазе обострения;
- 4) актуальные онкологические состояния;
- 5) психические заболевания и грубые когнитивные нарушения;
- 6) сенсорная афазия.

Статистический анализ проводился с использованием статистического пакета «SPSS 18.0». Различия между двумя странами по качественным показателям анализировали с помощью критерия Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В РФ участие в опросе было предложено 345 пациентам, перенесшим ОНМК. Анкетирование прошли 311 пациентов (90 %). В КНР опрос был предложен 250 пациентам, перенесшим ОНМК и проходившим лечение в четырех больницах провинции Чунцин. На вопросы анкеты ответили 211 человек (84,4 %). Причиной отказа пациентов обеих стран от участия в исследовании явилось нежелание давать какую-либо оценку своему состоянию и качеству медицинской помощи.

По данным проведенного опроса (таблица), среди пациентов клиник РФ и КНР выявлена статистически значимая разница ($P < 0,05$) по следующим показателям.

По результатам анкетирования, в российской клинике инсульту чаще подвержены женщины, чем мужчины, и, наоборот, в китайских стационарах диагноз «ОНМК» чаще ставился мужчинам ($P = 0,049$). Медиана возраста пациентов составила 65,04 – 69,81 года в стационарах РФ в КНР соответственно. Средний возраст пациентов отличается на 4,8 года ($t = -4,40$; $P < 0,0001$ по t -критерию). В российской больнице 4,8 % пациентов молодого возраста (менее 40 лет) от общего числа больных с инсультом. По данным нашего опроса, в КНР пациенты младше 40 лет инсульту практически не подвержены. Пациенты от 40 до 65 лет в российской клинике встречались чаще, чем в китайских ($P = 0,001$).

Согласно анкетным данным, российские пациенты имеют преимущественно среднее и высшее образование, в то время как китайские – начальное ($P < 0,0001$).

Большинство российских пациентов занимаются умственным трудом, китайские – физическим ($P < 0,0001$). При этом пациенты в РФ отметили высокую занятость. В Китае опрошенные оценили свою занятость как умеренную ($P < 0,0001$).

Больные с инсультом в российской клинике – в основном пенсионеры, а в КНР – фермеры ($P < 0,0001$). Среднемесячный доход семьи у китайских пациентов оказался выше, чем в России ($P < 0,0001$).

Согласно проведенным исследованиям [4, 5, 7], независимо от типа инсульта, гендерной принад-

лежности, от расы, страны, низкий уровень образования, низкий уровень доходов, низкий социальный статус и физический труд увеличивают риск заболеваемости и смертности при ОНМК.

В российской клинике проходило лечение больше пациентов с диагнозом «ТИА» ($P = 0,009$), но при этом нельзя сказать, что в Китае меньше пациентов страдают ТИА. Такие показатели могут быть связаны с тем, что в Китае не все пациенты с ТИА обращаются к врачу или они часто отказываются от госпитализации, отдавая предпочтение амбулаторному лечению.

Пациентов с кардиоэмболическим вариантом ишемического инсульта ($P < 0,0001$) в российской клинике выявлено почти 4 раза больше, чем в китайских стационарах, что можно связать с проведением почти всем больным эхокардиографии в режиме тканевого и цветового доплера во время госпитализации.

При геморрагическом инсульте среди пациентов клиник КНР преобладал паренхиматозный тип кровоизлияния и почти отсутствовали смешанные типы кровоизлияний, в то время как в России диагностировались как желудочковые, так и субарахноидальные, а также сочетанные паренхиматозно-желудочковые, паренхиматозно-субарахноидальные и паренхиматозно-желудочно-субарахноидальные кровоизлияния ($P = 0,001$). Возможно, такие данные свидетельствуют о более детальной оценке результатов КТ/МРТ.

По времени госпитализации пациентов с ОНМК в российской больнице 22,5 % пациентов поступили в больницу не позднее 4,5 ч с момента появления первых симптомов, в то время как в китайских стационарах эта цифра составила 15,7 %. Важно отметить, что почти половина пациентов и в РФ, и в КНР были госпитализированы позднее 6 ч с момента появления симптомов инсульта ($P = 0,002$).

При поступлении и в процессе госпитализации ни одному пациенту в китайских клиниках не проводилась каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) ($P < 0,0001$), в то время как в российском стационаре 5,8 % больных было выполнено данное хирургическое вмешательство. Это связано с тем, что китайские пациенты либо предпочитают консервативное лечение, либо они не могут позволить себе данный вид терапии или считают, что хирургическое вмешательство может привести к массе осложнений. Данные операции выполняются только в ситуациях, когда невыполнение хирургического вмешательства может привести к смерти. В целом в Китае операции КЭАЭ выполняются очень редко, но в последнее время отмечается положительная динамика, и с каждым годом количество КЭАЭ растет. Статистический анализ [6] Пекинского медицинского университета и других 10 крупных сосудистых центров показал, что с 2011 по 2014 г. ко-

личество проведенных в Китае каротидных эндалтерэктомий возросло с 216 до 1225 операций в год. Количество имплантаций цереброваскулярного стента (при цереброваскулярном стенозе) ($P=0,163$) не продемонстрировало значительной разницы ($P>0,05$).

Также по данным опроса наблюдалось статистически значимое различие этиологических факторов и сопутствующих заболеваний. Так, в китайских клиниках у пациентов чаще выявлялись сахарный диабет ($P=0,049$) и дислипидемия ($P<0,0001$). Артериальная гипертензия ($P<0,0001$), сердечно-сосудистые заболевания ($P<0,0001$) и мерцательная аритмия в анамнезе ($P<0,0001$), а также курение ($P=0,008$), избыточный вес тела ($P<0,0001$), церебральный атеросклероз ($P<0,0001$) и повышенный уровень фибриногена ($P=0,002$) достоверно преобладали в российской популяции по сравнению с китайской.

В Китае с 2011 по 2013 г. был реализован проект «Скрининг больных с высокими факторами риска инсульта», который был направлен на выявление и регистрацию пациентов с инсультом. Результаты данной программы показали, что артериальная гипертензия, высокие ЛПНП и высокий уровень гомоцистеина являются наиболее часто встречающимися факторами риска. Сахарный диабет находится в 5-м месте, ФП — на 6-м [6].

Важно отметить следующие особенности: по мнению опрошенных пациентов, в КНР больше внимания уделяется первичной профилактике инсульта, чем в России ($P<0,0001$). Естественно, пациенты китайских клиник, помимо современных европейских методов профилактики, чаще использовали возможности китайской традиционной медицины ($P=0,003$).

В российской клинике было больше пациентов с повторными инсультами ($P=0,044$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организация медицинской помощи больным с ОНМК в России

Сравнительные показатели личностных факторов пациента, вид медицинского страхования, профессия, занятость, профессиональная деятельность, место жительства пациента, вариант ОНМК, время поступления, медицинские услуги, основные факторы риска и профилактика инсульта до заболевания в РФ и КНР

Показатель	РФ		КНР		Точный критерий Фишера
	частота	%	частота	%	
Пол					
Мужской	150	48,20	121	57,30	0,049
Женский	161	51,80	90	42,70	
Возраст, лет					
<40	15	4,80	0	0,00	0,001
40-65	138	44,40	77	36,50	
>65	158	50,80	134	63,50	
Образование					
Начальное	5	1,60	113	53,60	<0,0001
Среднее	156	50,20	58	27,50	
Высшее	150	48,20	40	19,00	
Страховая категория					
Страховка отсутствует	1	0,30	4	1,90	0,095
Обязательное медицинское страхование (ОМС/СМП)	302	97,10	205	97,20	
Коммерческое страхование (ДМС)	8	2,60	2	0,90	
Род профессии					
Физический труд	126	40,50	153	72,50	<0,0001
Умственный труд	185	59,50	58	27,50	
Занятость					
Высокая	148	47,60	30	14,20	<0,0001
Умеренная	163	52,40	155	73,50	
Низкая	0	0,00	26	12,30	
Профессиональная деятельность в течение последнего года					
Фермер	0	0,00	90	42,70	<0,0001
Государственный служащий	25	8,00	8	3,80	
Негосударственные структуры	33	10,60	19	9,00	
Технический персонал	24	7,70	0	0,00	
Частный предприниматель	14	4,50	10	4,70	
Пенсионер	206	66,20	72	34,10	
Водитель	6	1,90	3	1,40	
Безработный или домохозяйка	3	1,00	9	4,30	
Место жительства пациента					
Город (в котором проводится опрос)	281	90,40	86	40,80	<0,0001
Пригород	21	6,80	53	25,10	
Другой город	7	2,30	9	4,30	
Сельский житель	2	0,60	63	29,90	
Средний ежемесячный доход семьи, р.					
Ниже 20 000	164	52,70	17	8,10	<0,0001
20 000-40 000	97	31,20	58	27,50	
40 000-60 000	35	11,30	52	24,60	
Выше 60 000	15	4,80	84	39,80	
Диагноз					
ТИА	26	8,40	5	2,40	0,009
Ишемический инсульт	256	82,30	179	84,80	
Геморрагический инсульт	29	9,30	27	12,80	
Патогенетический вариант ишемического инсульта или ТИА					
Атеротромботический	132	46,80	107	58,20	<0,0001
Эмболический	55	19,50	10	5,40	
Лакунарный	69	24,50	59	32,10	
Гемодинамический	8	2,80	2	1,10	
Недифференцированный	18	6,40	6	3,30	

Продолжение табл.

Показатель	РФ		КНР		Точный критерий Фишера
	частота	%	частота	%	
Тип геморрагического инсульта					
Паренхиматозное кровоизлияние	15	51,70	26	96,30	0,001
Вентрикулярное кровоизлияние	3	10,30	0	0,00	
Субарахноидальное кровоизлияние	3	10,30	1	3,70	
Паренхиматозно-вентрикулярное	4	13,80	0	0,00	
Паренхиматозно-субарахноидальное	3	10,30	0	0,00	
Паренхиматозное + вентрикулярное + субарахноидальное	1	3,40	0	0,00	
Варианты лечения геморрагического инсульта					
Хирургическое (удаление внутримозговой гематомы)	1	3,40	2	7,40	0,605
Терапевтическое	28	96,60	25	92,60	
Время поступления пациента с момента появления первых симптомов до госпитализации, ч					
<4,5	70	22,50	32	15,20	0,002
4,5–6	17	5,50	8	3,80	
≥6	137	44,10	129	61,10	
Неизвестно	87	28,00	42	19,90	
Возможность применения тромболитика					
Нет противопоказаний	5	1,60	12	5,70	0,012
Есть противопоказания	306	98,40	199	94,30	
Тромболитическая терапия					
Рекомбинантный активатор плазминогена (rt-PA)	5	100	3	75	0,444
Урокиназа	0	0,00	1	25	
Путь введения тромболитического препарата					
Внутривенный	5	100	4	100	1,000
Внутриартериальный	0	0	0	0	
Бриджинг терапия	0	0	0	0	
Не проведена	306	98,40	207	98,10	
КТ головного мозга при поступлении					
Не выполнена	12	3,90	40	19,00	<0,0001
Выполнена	299	96,10	171	81,00	
МРТ головного мозга во время госпитализации					
Не выполнена	237	76,20	95	45,00	<0,0001
Выполнена	74	23,80	116	55,00	
Дуплекс БЦА во время госпитализации					
Не выполнен	0	0,00	82	38,90	<0,0001
Выполнен	311	100,0	129	61,10	
ЭХОКГ во время госпитализации					
Не выполнена	106	34,10	143	67,80	<0,0001
Выполнена	205	65,90	68	32,20	
Суточный монитор ЭКГ и/или АД во время госпитализации					
Не выполнен	288	92,60	198	93,80	0,725
Выполнен	23	7,40	13	6,20	
Церебральная ангиография во время госпитализации					
Не выполнена	305	98,10	205	97,20	0,558
Выполнена	6	1,90	6	2,80	
СКТ-ангиография во время госпитализации					
Не выполнена	310	99,70	157	74,40	<0,0001
Выполнена	1	0,30	54	25,60	
МР-ангиография во время госпитализации					
Не выполнена	311	100,0	207	98,10	0,026
Выполнена	0	0,00	4	1,90	
Транскраниальная доплерография во время госпитализации					
Не выполнена	311	100,0	95	45,00	<0,0001
Выполнена	0	0,00	116	55,00	
Каротидная эндоартерэктомия во время госпитализации					
Не выполнена	293	94,20	211	100	<0,0001
Выполнена	18	5,80	0	0,00	

и Китае имеет как общие черты, так и свои особенности.

Хоть мы и не можем изменить такие конституционные факторы риска, как возраст, пол, раса, регион и страна, и трудно поддаются коррекции такие факторы риска, как низкий уровень образования, низкий уровень доходов, низкий социальный статус и тяжелый физический труд и т. д., но мы можем повлиять на многие важные факторы риска сосудистых заболеваний, которые меняются в зависимости от образа жизни и своевременного, регулярного лечения. К ним относятся высокое артериальное давление, ИБС, пороки сердца, мерцательная аритмия, сахарный диабет, дислипидемия, курение, злоупотребление алкоголем, ожирение, прием оральных контрацептивов у женщин, отсутствие физической активности и т. д.

Для того чтобы добиться снижения заболеваемости, инвалидности, летальности и смертности от ОНМК, необходимо увеличивать осведомленность населения об инсульте и факторах риска, а также создавать и совершенствовать доступную современную систему оказания медицинской помощи больным с инсультом, внедрять новые высокотехнологичные методы современной и эффективной диагностики и лечения ОНМК, обеспечивать строгий контроль профилактики и разрабатывать эффективные методы лечебно-профилактических мероприятий больным с инсультом и у больных с высоким фактором риска сосудистых заболеваний, в том числе и в группах с низким уровнем образования, низким уровнем доходов, низким социальным статусом и тяжелым физическим трудом и т. д.

Постоянный обмен опытом в организации противоишемической службы в сосудистых центрах Российской Федерации и Китайской Народной Республики может позволить найти оптимальные пути решения сложных проблем оказания помощи при ОНМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о работе правительства (полный текст) // Третья сессия ВСНП 12-го созыва и третья сессия ВК НПКСК 12-го созыва. URL: http://russian.china.org.cn/exclusive/txt/2015-03/17/content_35073891.htm.

2. Feigin V. L., Lawes C. M., Bennett D. A. et al. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review // The Lancet Neurology. — 2009. — № 8 (4). — P. 355–369. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70025-0.

3. Guangyi Zhou, Xinfeng Liu, Gelin Xu et al. The effect of socioeconomic status on three-year mortality after first-ever ischemic stroke in Nanjing, China // BMC Public Health. — 2006. — № 6 (227). — P. 1–7. DOI: 10.1186/1471-2458-6-227.

4. Li Zhi, Zhang Dongmei, Chen Ruoling et al. Influence of Socioeconomic Status on Stroke Incidence and Mortality // Medicine & Philosophy. — 2013. — № 34 (5). — P. 40–42.

5. Mauricio Avendano, Ichiro Kawachi, Frank Van Lenthe et al. Socioeconomic Status and Stroke Incidence in the US Elderly: The Role of Risk Factors in the EPESE Study // Stroke. — 2006. — 37 (6). — P. 1368–1373. DOI: 10.1161/01.STR.0000221702.75002.66.

6. Wang Longde et al. Report On the Chinese Stroke Prevention. — Beijing: China Union Medical University Press, 2015.

7. Wu ZhaoSu, Chonghua Yao, Zhao Dong et al. A prospective cohort study on cardiovascular disease incidence in 11 provinces in China. Associations between individual risk factor aggregation and cardiovascular disease incidence // Chinese J. of Cardiology. — 2001. — № 29 (4). — P. 246–250.

РЕЗЮМЕ

С. С. Юй, Е. В. Мельникова,
Чжоу Цзин, А. А. Шмонин,
А. Г. Шумеева, Е. А. Бондарева,
М. А. Карачевцева, В. И. Дорофеев

Особенности острых нарушений мозгового кровообращения в Российской Федерации и Китайской Народной Республике (по данным нескольких крупных сосудистых центров)

Исследование посвящено сравнительному анализу работы крупных сосудистых центров в Российской Федерации и Китайской Народной Республике по оказанию помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Был проведен опрос 522 пациентов в региональных сосудистых центрах РФ и КНР. В РФ в исследовании приняли участие пациенты, находящиеся на лечении в СПбГБУЗ «Городская больница № 26»; в КНР — пациенты Первой клинической больницы медицинского уни-

Окончание табл.

Показатель	РФ		КНР		Точный критерий Фишера
	частота	%	частота	%	
Имплантация цереброваскулярного стента во время госпитализации					
Не выполнена	311	100,0	209	99,10	0,163
Выполнена	0	0,00	2	0,90	
Артериальная гипертензия (систолическое артериальное давление ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолическое артериальное давление ≥ 90 мм рт.ст. и консультация терапевта)					
Нет	4	1,30	64	30,30	<0,0001
АГ	307	98,70	147	69,70	
Сердечные заболевания в анамнезе (порок, ИБС)					
Нет	67	21,50	143	67,80	<0,0001
Есть	244	78,50	68	32,20	
Фибрилляция предсердий (по данным ЭКГ и/или суточного монитора ЭКГ)					
Нет	237	76,20	196	92,90	<0,0001
ФП	74	23,80	15	7,10	
Сахарный диабет					
Нет	244	78,50	149	70,60	0,049
СД	67	21,50	62	29,40	
Дислипидемия (общий холестерин в крови $\geq 5,17$ mmol/L)					
Нет	172	55,30	65	30,80	<0,0001
Есть	139	44,70	146	69,20	
Повышенный уровень фибриногена					
Нет	138	44,40	123	58,30	0,002
Есть	173	55,60	88	41,70	
Курение (≥ 1 сигарета/день)					
Нет	205	65,90	162	76,80	0,008
Да	106	34,10	49	23,20	
Злоупотребление алкоголем (для женщин – употребление 3 порций алкоголя за один раз или больше 7 порций за раз в неделю, для мужчин – употребление больше 4 порций алкоголя за раз или больше 14 порций в неделю. Порция – бутылка (0,33 л) пива, бокал (150 мл) вина, 40 мл крепкого напитка)					
Нет	277	89,10	178	84,40	0,142
Да	34	10,90	33	15,60	
Избыточный вес тела/ожирение (ИВТ ≥ 25 кг/м ²)					
Нет	204	65,60	179	84,80	<0,0001
Да	107	34,40	32	15,20	
Церебральный атеросклероз (по результатам дуплекса БЦА – с формированием атероматозных бляшек больше 1 см)					
Нет	16	5,10	88	41,70	<0,0001
ЦА	295	94,90	123	58,30	
Наличие в анамнезе инсульта или транзиторной ишемической атаки					
Нет	192	61,70	118	55,90	0,204
Да	119	38,30	93	44,10	
Продолжительный прием оральных контрацептивов (противозачаточных)					
Нет	158	98,10	89	98,90	1,000
Да	3	1,90	1	1,10	
Проводилась ли профилактика инсульта до заболевания?					
Нет	251	80,70	79	37,40	<0,0001
Да	60	19,30	132	62,60	
Виды профилактики					
Китайская традиционная медицина	0	0,00	7	5,30	0,003
Европейская медицина	60	100,0	110	83,30	
Китайская традиционная медицина + европейская медицина	0	0,00	15	11,40	
Были ли когда-либо инсульты в анамнезе у пациента?					
Нет	203	65,30	119	56,40	0,044
Да	108	34,70	92	43,60	
Получал ли пациент лечение после перенесенного инсульта?					
Нет	47	43,5	0	0,00	<0,0001
Да	61	56,5	92	100	
Виды лечения после перенесенного инсульта					
Китайская традиционная медицина	0	0,00	5	5,40	<0,0001
Европейская медицина	61	100,0	72	78,30	
Китайская традиционная медицина + европейская медицина	0	0,00	15	16,30	

верситета Чунцина, Центральной больницы Цзян Цзинь, Региональной народной больницы Юйбэй, Региональной народной больницы Бишань (провинция Чунцин). Был проведен анализ различий по следующим показателям: личные факторы пациента, возраст, пол, уровень образования, уровень дохода, вид медицинского страхования, профессия, занятость, профессиональная деятельность в течение последнего года, место жительства пациента, особенности заболевания, время с момента появления первых симптомов до госпитализации, спектр оказываемых медицинских услуг, основные факторы риска и объем профилактики инсульта до заболевания.

Ключевые слова: инсульт, факторы риска, профилактика, Китай, Россия.

SUMMARY

S. S. Yu, E. V. Melnikova, Zhou Jing, A. A. Shmonin, A. G. Shumeeva, E. A. Bondareva, M. A. Karachevtseva, V. I. Dorofeyeva

Specific features of acute stroke in the Russian Federation and in the People's Republic of China (according to the data of some big stroke units)

The study focuses on comparison and analysis of the work of big stroke units in the Russian Federation and the People's Republic of China specialized in the medical care for patients with acute stroke. 522 patients were surveyed in Russia's and China's regional stroke units. In the Russian Federation, patients being treated in the «City Hospital No.26» (Saint-Petersburg) took part in the study. In China - patients of the First Affiliated Hospital of the Chongqing Medical University, Central Hospital Jiang jin, Regional People's Hospital Yubei district, Regional People's Hospital Bishan (Chongqing Province). The analysis of differences was performed by the following parameters: personality traits, age, gender, level of education, income, health insurance category, profession, employment, professional activities over the last year, place of residence of the patient, features of the stroke, time during the first symptoms of stroke to hospitalization, kinds of medical services, the main risk factors and value of prevention before stroke.

Keywords: stroke, risk factors, prevention, China, Russia.

© О. М. Бокач, А. В. Тишков, 2016 г.
УДК 618.146-002-036.12-091.816

О. М. Бокач, А. В. Тишков

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РИСК ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ НЕОПЛАЗИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦЕРВИЦИТА

Центр репродукции и планирования семьи «Медика», Санкт-Петербург; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова

ВВЕДЕНИЕ

В зените внимания как зарубежных, так и отечественных онкологов в течение десятилетий продолжает оставаться проблема цервикального рака. Согласно статистике ВОЗ, ежегодно в мире выявляется около 500 000 новых случаев рака шейки матки, из них 15 000 — в России [14]. Свыше 300 000 женщин умирают от рака шейки матки в год [9]. Заболеваемость раком шейки матки в России в 2014 г. составила 20,57 случая на 100 000 населения в сравнении с 19,56 в 2012 г. Летальность от рака шейки матки в 2012 г. составила 8,24 %, в 2014 г. — 8,28 % [10].

Несмотря на проведение скрининга, рак шейки матки попал в десятку самых распространенных онкологических заболеваний и занимает 5-е место. В Российской Федерации среднегодовой темп прироста заболеваемости цервикальным раком с 2004

по 2014 г. составил 23,8 %, летальности — 7,2 %. Из-за частого отсутствия клинических проявлений заболевания, позднего обращения к врачу 25 — 50 % женщин умирают от рака шейки матки [1, 2, 5, 15]. Проблема рака шейки матки диктует необходимость поиска новых подходов к выделению групп риска по развитию цервикального рака с целью выбора персонализированной тактики ведения женщины.

Одним из факторов риска по развитию цервикального рака является хронический цервицит, ассоциированный с вирусом папилломы человека (ВПЧ) [24]. Примерно 86 % женщин с хроническим цервицитом инфицированы ВПЧ [4], поэтому риск развития у них цервикальных интраэпителиальных неоплазий высок [16]. 41,9 % женщин, обращающихся за помощью в женские консультации, составляют женщины с воспалением шейки матки [6]. При этом хроническая форма цервицита встречается у каждой 2-й из них. К другим факторам, определяющим риск развития цервикальных неоплазий, относятся курение, недостаток свежих овощей и фруктов в рационе, вирус иммунодефицита человека, прием препаратов для подавления иммунитета, хламидийная инфекция, прием оральных контрацептивов, наличие в анамнезе трех и более родов, ранний возраст первой беременности (17 лет и менее), финансовая несостоятельность, прием диэтилstilбестрола матерью во время беременности, ожирение, наличие рака шейки матки у родственниц. За последние десять лет выявлены следующие данные, позволяющие говорить об онкологических аспектах воспаления шейки матки: цервицит, вызванный *Chlamidiatrachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis* или их сочетанием, может способствовать инфицированию ВПЧ в связи с идентичными путями